

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

185

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 mai 1892, à 1 heure

Par HENRI CHÉROT

Né à Morlaix, le 4 novembre 1859.

DU MOLLUSCUM PENDULUM DE LA VULVE

FAUX HERMAPHRODISME

PAR PSEUDO-VERGE LATÉRALE

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

*Juges : MM. { RECLUS, professeur.
KIRMISSON, RICARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

193

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 mai 1892, à 1 heure

Par HENRI CHÉROT

Né à Morlaix, le 4 novembre 1859.

DU MOLLUSCUM PENDULUM DE LA VULVE

FAUX HERMAPHRODISME

PAR PSEUDO-VERGE LATÉRALE

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

*Juges : MM. { RECLUS, professeur.
KIRMISSON, RICARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11. 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLIAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.]

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTNER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR A. JALAGUIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien des Hôpitaux

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR PINARD

M. LE PROFESSEUR TARNIER

M. LE DOCTEUR LEPAGE

A MES MAITRES DE L'HOPITAL D'HANOI

M. LE DOCTEUR REY

Médecin en chef du corps expéditionnaire du Tonkin
Médecin en chef de la marine

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE ET AMI

M. LE DOCTEUR BORJUS

Médecin principal de la marine
Médecin en chef de l'hôpital d'Haiphong

A MON MAITRE ET AMI A L'HOPITAL DU HAVRE

M. LE DOCTEUR MAZE

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LEPRÉVOST

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux du Havre

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MON ÉMINENT ET TRÈS AIMÉ MAÎTRE
M. LE PROFESSEUR O. LANNELONGUE

Chirurgien de l'hôpital Trousseau
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'Honneur

DU
MOLLUSCUM PENDULUM

FAUX HERMAPHRODISME
PAR PSEUDO-VERGE LATÉRALE

INTRODUCTION

Nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale, l'étude du *molluscum*, pensant qu'il y aurait intérêt à grouper autour de l'observation originale qui fait le fond de notre thèse, quelques cas analogues disséminés dans différentes publications, et qui, à cause de leur rareté, méritent d'être rappelés ici; pensant que de l'ensemble de ces faits nous pourrions tirer quelques conclusions utiles.

Nous étudierons principalement la variété de *molluscum* dit *pendulum* spécial aux organes génitaux, car elle nous paraît mériter une place à part dans l'histoire de ces tumeurs par sa forme, son siège et son évolution.

Le traitement chirurgical qu'on doit lui appliquer sera la conclusion de notre modeste travail.

Nous suivrons dans le cours de cette étude l'ordre qui nous paraît le plus clair pour l'exposé de ces néoformations qui

intéressent à la fois l'histologiste et le clinicien. Celui-ci intervient pour l'ablation (puisque c'est le traitement rationnel), celui-là, au contraire, y trouve un vaste sujet de recherches intéressantes.

Avant d'aborder notre sujet nous remercierons bien vivement M. Mauclore, prosecteur à la Faculté de médecine et interne du service de M. le professeur Lannelongue, qui a bien voulu nous donner la primeur de cette observation.

Nous adresserons également à M. le Dr Pilliet, préparateur à la Faculté de médecine, nos plus vifs remerciements pour la grande part qu'il a prise dans l'étude histologique et bactériologique de notre préparation.

Qu'il nous soit permis de rappeler que pendant de longues années tenu éloigné du centre des études médicales par nos nombreux voyages au Tonkin et dans l'Amérique du Sud, lorsque nous avons dû reprendre le cours de ces études forcément abandonnées nous avons trouvé près de M. Jalaguier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, les conseils les plus sûrs et l'appui nécessaire pour les mener à bonne fin.

Que notre excellent et très aimé maître M. le professeur O. Lannelongue, daigne recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance, autant pour la constante bienveillance qu'il nous a toujours témoignée que pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

On n'est pas d'accord sur l'étymologie du mot *molluscum* que quelques auteurs font venir de la ressemblance que présente la tumeur de ce nom, avec les tubercules développés sur l'écorce de l'érable. D'autres pensent qu'il vient de la dénomination des îles Moluques, où Boutin observa et décrit en 1743, sous le nom de bouton d'Amboine, une affection confondue par lui avec le *molluscum*, et qui paraît se rapporter au mycosis fongoïde d'Alibert. Il est plus simple d'admettre que le terme *molluscum* est dû à la consistance molle de la tumeur (du latin *mollis*).

Pleuck, en 1776, employa d'abord ce terme comme adjectif, confondant sous le même nom, les verrues, certains *nævi* et les véritables tumeurs molluscoïdes.

Bateman, se basant sur deux observations personnelles ajoutées à un fait signalé en 1793 par le professeur Tilesius de Muhlberg, donna le premier une courte description du *molluscum*; c'est, dit-il, une tumeur molle, peu nuisible, d'une consistance souvent élastique. Cette description fut reproduite par la plupart des auteurs classiques.

Ainsi, Bateman ne considérait que les caractères objectifs de la tumeur et il ne faisait pas mention de son siège anato-

mique. Dans une observation, il signala en outre la contagion probable de la maladie. A partir de ce moment on admit une variété nouvelle : le *molluscum contagieux*.

La confusion était inévitable puisqu'on donnait la même dénomination à des tumeurs de nature différente. Cette dénomination ne répondait à rien de précis, et les définitions données étaient telles qu'on pouvait y faire entrer des affections absolument distinctes.

Gibert, sous le nom de *molluscum stéarique*, ajouta une variété caractérisée par l'accumulation sous l'épiderme d'une matière grasse, analogue à la stéarine et observée surtout chez les ictériques. Ce n'est en réalité qu'une affection des glandes sébacées.

Quelques travaux vinrent ensuite éclaircir la question. Bazin (acné varioliforme, Paris, 1851) eut le mérite de séparer nettement le *molluscum pendulum* des autres variétés : granuleux, stéarique.

Hillairet veut réserver le nom de *molluscum* à l'affection dite *pendulum*. Il distingue deux variétés : le *pendulum ordinaire* ou simple, et le *pendulum éléphantiasique*.

Le professeur Hardy fait remarquer qu'on doit distraire du *molluscum* le mycosis fongoïde, affection dont la nature et le siège anatomique sont ignorés. Comme d'ailleurs Hebra et Kaposi, il donne la description classique du *molluscum*, réservant ce nom à des tumeurs de la peau, *solides, de texture fibreuse*.

Plus tard M. Verneuil a publié des analyses microscopiques de ce genre de tumeurs (comptes-rendus de la Société de Biologie, 1854-1855).

Leur structure anatomique a été complètement élucidée

par les travaux de Virchow, Vanzetti, Hébra, Cornil et Ranvier, etc.

Enfin, M. Boudel étudie dans sa thèse (1883) le molluscum généralisé et le molluscum circonscrit. Il conclut que la première variété est un neuro-fibrome, la seconde un lymphangio-fibrome.

DES MOLLUSCUM EN GÉNÉRAL

Les fibromes de la peau se caractérisent souvent par leur aspect très spécial, ils sont mous et prennent alors le nom de *molluscum*, parfois ils se pédiculisent, ce sont les *molluscum pendulum*, c'est de ceux-ci que nous voulons surtout nous occuper.

Il est utile de bien spécifier le sens de ce terme *molluscum*, car il a servi d'étiquette à beaucoup d'affections très différentes. Dans la nomenclature de Willan, le mot *molluscum* est appliqué à une variété de fibrome de la peau caractérisé par sa mollesse et sa pédiculisation, mais ce fut bientôt à qui multiplierait les variétés, comme nous l'avons exposé d'ailleurs dans notre historique. Il n'est donc pas besoin d'y revenir ici. En réalité il faut réserver le nom de *molluscum* au seul fibrome mou de la peau.

Ernest Beunier les divise en deux classes, suivant qu'ils naissent dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ceux-ci sont généralement plus petits, plus durs ; ceux-là au contraire sont plus volumineux, ils tendent à devenir *pendulum*. Cette distinction n'a rien d'absolu ; elle n'est que commode au point de vue didactique.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à discuter les autres divisions. Il faut cependant rappeler celle de Michel ;

mais pour séduisante qu'elle soit, elle reste trop complexe, comporte des néoformations bien différentes, qui ne sont plus considérées aujourd'hui comme de véritables molluscum. Nous voulons cependant la rappeler, car elle marque une étape considérable vers la synthèse, elle tend à simplifier, et ce n'était pas petit mérite que de systématiser une classification des molluscum, au moment où l'on créait tant de variétés de ces tumeurs.

Nous retrouvons dans la classification de Michel les *molluscum folliculaires*, Cette variété se forme dans les folliculis pileux, soit par le tassement, dans la profondeur des masses épidermiques secrétées outre mesure, soit, la sécrétion épidermique restant normale, par le rétrécissement de l'orifice extérieur du follicule pileux. En réalité, c'est l'histoire des kystes de la peau ; ces sacs épidermiques renferment ainsi des débris épithéliaux, souvent de la graisse, parfois des parasites (*demodex folliculorum*). Ils peuvent prendre un développement excessif, s'enflammer on le conçoit. Le contenu de ces kystes est susceptible de s'écouler au dehors, il en résulte un sac à parois ridées, et revenues sur elles-mêmes, décrites, d'après Gallien, sous le nom d'*acrochordon*. A l'histoire du molluscum folliculaire Michel rattache celle du molluscum contagiosum, nous y reviendrons.

Dans une seconde série se placent les molluscum fibromes, (ce sont les vrais molluscum), les molluscum éléphantiasiques de Chassaignac; ces tumeurs peuvent présenter un développement vasculaire exagéré, les lymphatiques y sont souvent très nombreux, c'est la troisième variété de Michel (molluscum lymphoadénique). M. le professeur Lannelongue en a décrit une variété spécialisée par la présence de

tissu cartilagineux, ce sont les fibro-chondromes, qui se retrouvent surtout au cou et à la face.

En résumé, nous désignerons sous le nom de molluscum simple ou pendulum de la grande lèvre une tumeur qui est anatomiquement un fibrome du derme de la grande lèvre et qui cliniquement est caractérisée par des saillies de la peau plus ou moins volumineuses, bien pédiculisées, molles, ressemblant à des poches membraneuses flétries et dont la marche est essentiellement bénigne.

ÉTIOLOGIE

Ce chapitre de l'histoire des molluscum est bien peu chargé, nous ne savons rien ou presque rien de l'étiologie de ces tumeurs. Elles ont été observées dans tous les climats, sur les nègres et sur les blancs.

Hébra prétend les avoir rencontrées principalement chez les individus faibles de corps et d'esprit; il n'y a rien de bien précis dans les faits qu'il rapporte; Duhring arrive de son côté aux mêmes solutions.

Ce qui ressort des statistiques que nous avons faites est une plus grande fréquence chez les femmes, surtout pendant la période d'activité sexuelle.

Existe-t-il un rapport entre la congestion cataméniale et la production du molluscum ? Il est difficile de répondre à cette question sans faire entrer en ligne de compte la prédisposition individuelle, ce qui est un aveu d'ignorance.

L'hérédité a un rôle important, elle est incontestable chez les malades de Hesselbach, Virchow, Hecker.

Il faut aussi noter la coexistence fréquente de nævi pigmentaires ou vasculaires. Mais nous voulons insister surtout sur le rôle des traumatismes ; on trouvera à la fin de ce travail une observation de Taylor qui nous semble très probante en l'espèce.

Elle prouve bien, selon nous, la possibilité pour le *mollus-*

cum fibrösom, d'apparaître à la suite d'un traumatisme qui doit être assez violent pour endommager le tissu cellulaire sous-cutané. Il s'est formé d'abord une hyperplasie de tissu fibreux localisée dans les cavités profondes, d'où production de deux tumeurs molluscoïdes ; mais le processus ne s'est pas arrêté là, et tout autour des tumeurs précédentes il s'est fait une néoformation plus superficielle de tissu fibreux qui a infiltré les couches moyennes et inférieures du derme. Ainsi donc deux variétés de néoplasie en ce cas, l'une commençant dans le tissu sous-cutané, envahissant toute l'épaisseur du derme et faisant saillie au dehors, l'autre ne constituant qu'une simple infiltration dans l'épaisseur même des téguments.

L'auteur rappelle à ce propos la théorie de Recklinghausen qui fait jouer au système nerveux un rôle capital dans le développement des tumeurs fibromateuses. Demarquay raconte l'histoire d'une dame qui brisant sous elle un vase de porcelaine se coupa la grande lèvre, un fibrome défigura la cicatrice.

Au Brésil, Tochude et Langrand racontent que chez les nègres la moindre plaie est souvent suivie de l'apparition de molluscum. Nous avons souvent pu constater par nous-même cette observation.

Un second point à discuter est l'origine parasitaire de certaines variétés de molluscum.

Neisser s'est beaucoup occupé de cette question, nous ne saurions mieux faire que de rappeler ce qu'il dit à propos du corpuscule du molluscum ; c'est pour cet auteur une cellule épithéliale kératinisée dans sa totalité, pourvue d'un noyau, ou tout au moins d'un reste de noyau, et de parasites. En fait, il ne subsiste plus de la cellule que le reste du noyau et

la membrane pariétale ; à la place du protoplasma, il y a des spores. Dans les plus grosses cellules, on trouve entre les spores, des productions claires, non colorées, petites, ovales, terminées en pointe à leurs deux extrémités, avec noyau central nettement contourné ; on peut les considérer comme appartenant à des périodes ultérieures de formation des spores. L'existence d'un parasite ne saurait faire doute. Virchow avait insisté autrefois sur la similitude remarquable qui existe entre les corpuscules de molluscum et les grégaires que l'on trouve dans l'intestin et les organes viscéraux des lapins, ainsi que les psorospermies ; cet auteur les considérait comme porteurs du contagé.

Mais c'est à Bollinger que revient le mérite d'avoir vraiment montré que les grégaires étaient la cause de l'affection, et cela en démontrant l'étroite parenté qui existe entre ces petites tumeurs inoffensives pour l'homme et les proliférations de l'épithéliome contagieux des gallinacés, lesquelles sont mortelles pour les volatiles ; et en réalité la ressemblance, au double point de vue macroscopique et microscopique, est telle que l'on peut avec raison conclure de la nature purement parasitaire de l'une au caractère de l'autre. Neisser est un partisan convaincu de la contagiosité du molluscum, ainsi que cela résulte de l'observation clinique : apparition brusque sous forme d'épidémie du molluscum contagieux, sa présence simultanée sur la face des nourrissons et sur la poitrine des nourrices, son siège fréquent sur les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Malassez et Albarran pour les épithéliomes, Darier pour les maladies du sein, et Paget ont décrit dans les coupes des corps spéciaux qu'ils ont rattachés au groupe des psorospermies

et rapprochés de la coccidia oviformis de Leuckhart. Cette question a pris d'ailleurs un très grand développement. Wickham dans sa thèse donne des dessins de coccidies dans un épithélium du nez, ces planches ne font que confirmer les idées de Darier. Nous citerons aussi les travaux de M. Vincent qui a décrit des coccidies dans un certain nombre de tumeurs.

En somme, après avoir exagéré outre mesure la portée de cette théorie parasitaire de certaines tumeurs, on s'est aperçu qu'elle n'était basée que sur des apparences. Ce que l'on avait pris pour des coccidies n'était que des formes de dégénérescences épithéliales rappelant les coccidies. Dans un travail paru dans les *Archives de médecine expérimentale* de 1890, et inspiré par M. le professeur Kiener, M. Borrel déclare qu'il considère comme des formes de dégénérescence cellulaire les figures qui ont été décrites comme coccidies dans les tumeurs.

M. Fabre Domergue, dans une note présentée au 5^e congrès français de Chirurgie par M. Le Dentu, se range à l'avis de M. Borrel en se fondant sur l'examen d'un certain nombre de tumeurs, provenant de la Clinique chirurgicale de Necker.

Enfin M. le Dr Pilliet dans une note à la Société anatomique, décrit quelques formes de dégénérescences épithéliales rappelant les coccidies qu'il s'est appliqué à rechercher pour éviter tout soupçon de parasitisme non pas dans des tissus de tumeur, mais sur le fœtus et sur le mort-né dans deux régions qui normalement contiennent des cellules en dégénérescence, le thymus et le gland.

Nous devons aussi signaler les importants travaux que

M. le professeur Cornil a entrepris dans ce sens, et qui lui ont montré qu'il s'agissait en réalité de formation kanokynétique, une cellule centrale éclatant son noyau et prenant un volume exagéré, écrase, pour ainsi dire, à la périphérie, les cellules voisines qui lui forment comme une enveloppe. Les figures qu'il donne sont d'ailleurs très probantes.

Il semblerait que la théorie des coccidies a vécu. Nous avons voulu la rappeler cependant à propos des molluscum. Il existe en effet, un certain nombre de faits où la contagion semble tellement évidente qu'elle appelle naturellement l'idée d'un parasite, ou tout au moins d'un virus. Comme on le voit nous ignorons encore.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les données anatomiques essentielles propres au molluscum fibrosum pendulum ont été données par Rokitansky et Welt ; complétées par Virchow et Verneuil.

On désigne sous ce nom des tumeurs ayant une base large ou au contraire pédiculisée, recouvertes d'une peau souvent normale, ordinairement limitées d'une manière nette et distincte, et ayant une consistance uniformément molle, pâteuse ou plus solide. Leur volume est variable, tantôt il y a un épaissement ou une proéminence que l'on peut sentir comme un haricot, tantôt ce sont des tumeurs grosses comme une noix, le poing, ou affectant la forme d'une verge, et semblant être des appendices de la peau pédiculés en forme de bulbe ou de bourse.

Le molluscum est constitué par de larges mailles de tissu fibreux qui contiennent de petites cellules étalées à noyau ovale, au début le tissu était cellulaire, gélatineux et s'est transformé en tissu cellulaire fibreux à mesure que la tumeur est devenue plus ancienne.

Le point de départ de ce néoplasme est très discuté pour Rokitansky, il provient des espaces intercellulaires profonds du chorion, pour Fagge, c'est de la paroi conjonctive du follicule pileux, pour Virchow de l'encadrement cellulaire des lobules graisseux, opinion partagée par Kaposi.

Le néoplasme refoule la peau et se développe en formant des tumeurs bosselées et pendantes.

La partie centrale est formée de tissu cellulaire de production récente et gélatineux, la partie périphérique est plutôt composée de tissu cellulaire fibreux, comme dans l'éléphantiasis des Arabes.

La formation fibreuse se ferait en suivant les voies lymphatiques et se développerait en colonnes.

Marfan n'a pas retrouvé cette disposition. Au microscope il a trouvé des faisceaux de tissu conjonctif avec quelques fibres élastiques. Par places la tumeur était au contraire presque complètement formée par des cellules aplaties ramifiées et anastomosées les unes avec les autres.

Sur une coupe partant de la surface de la tumeur on voit que la couche épidermique est seulement amincie et ne présente pas de proliférations.

En résumé la tumeur est formée par tous les éléments histologiques qui constituent le tissu fibreux dermique.

Dans certains cas il peut y avoir sous l'influence de l'inflammation une transformation du tissu fibreux en tissu embryonnaire, ce qui a été remarqué par Lagrange et Duret qui ont désigné ce molluscum sous le nom de *fibro-sarcome de la grande lèvre*.

La disposition des vaisseaux diffère suivant la rapidité d'évolution de la tumeur.

Dans le pédicule existent un ou plusieurs vaisseaux assez volumineux, ainsi que dans l'extrémité bosselée et solide que l'on retrouve sous la peau ; c'est la partie dans laquelle la tumeur a son point de départ. Les glandes et les follicules de la peau qui recouvre la tumeur sont proportionnellement à la

tension que subit le tégument, tantôt normaux, tantôt tirailés, tordus, dégénérés.

Si l'évolution est lente les vaisseaux sont normalement constitués. Au contraire si le développement du molluscum a été rapide les parois des vaisseaux sont embryonnaires, ils restent béants à la coupe comme des veines hépatiques, ce qui peut donner lieu à des hémorrhagies parfois inquiétantes auxquelles peut donner lieu une fissure insignifiante du molluscum.

En divisant par le milieu une tumeur de molluscum on trouve un tissu homogène, blanc ou jaunâtre, dur près du pédicule, mou à la périphérie, ressemblant légèrement au tissu de la glande mammaire. Ce tissu est en général brillant, la pression en fait sortir un liquide un peu épais et de couleur blanchâtre. La tumeur est très adhérente au derme, il est difficile de l'en détacher et de l'énucléer.

Les organes glandulaires, les glandes sudoripares et sébacées se rencontrent dans quelques parties de la tumeur, elles y existent quelquefois complètement intactes, surtout les premières ; mais souvent aussi notamment dans les tumeurs anciennes et à texture fibreuse compacte, elles sont disséminées en très petite quantité, ou bien font entièrement défaut.

Il en est de même des *follicules pileux et des gaines radiculaires*. On les trouve quelquefois parfaitement bien conservés. Mais dans les tumeurs anciennes et volumineuses les follicules pileux, de même que les éléments glandulaires, sont dissociés par les faisceaux fibreux du molluscum et les gaines radiculaires sont transformées en corne. Enfin on n'y rencontre que quelques rudiments de follicules pileux avec leur contenu épidermoïdal.

La plupart de ces tumeurs persistent après avoir atteint un volume variable. En l'absence de toute cause plausible on fait remonter l'origine du mal à une disposition héréditaire, d'après Virchow à une sorte de cachexie, d'après Taylor à un traumatisme. Hébra admet une disposition constitutionnelle, car il insiste sur ce fait que tous les individus atteints de molluscum fibreux présentaient également un certain degré de dépérissement sous le double rapport physique et mental. Hardy est en désaccord avec cette opinion.

SYMPTOMES, MARCHE ET DIAGNOSTIC

Nous avons surtout en vue les molluscum solitaires, qui sont les vrais molluscum pendulum. Il ne faut pas prendre à la lettre le nom de solitaire, car il y a quelquefois deux, trois tumeurs, mais le fait est relativement rare. Marfan (1) écrit que le molluscum simplex des grandes lèvres est une tumeur toujours isolée. Il existe cependant des faits qui vont à l'encontre de cette proposition. En 1882, Modrzejewsky (2) a rapporté le fait d'une demoiselle de 37 ans qui avait tout le corps couvert de tumeurs qui fourmillaient sur la poitrine, le ventre et les parties sexuelles externes et qui paraissaient être des fibromes molluscum. Il n'y eut pas d'examen histologique. Bondit cite aussi l'histoire d'une demoiselle de 37 ans entrée à Cochin dans le service de M. Moizart et qui avait sur toute la surface du corps de nombreuses tumeurs congénitales. Elle offrait sur les grandes lèvres quatre ou cinq petites saillies arrondies assez apparentes à droite. A gauche, il en était de même ; on y voyait de plus une tumeur de la grosseur d'un haricot. Ces tumeurs étaient pédiculées ou sessiles, suivant leur développement plus ou moins considérable, et avaient une consistance flasque semblable à celle d'une poche.

1. MARFAN, *Arch. de tocologie*, 1882.

2 MODRZEJEVSKY, *Gaz hebd. de méd. et de chir.*, p. 508, 1881.

Ces faits ne sont que l'exception, et le molluscum des organes génitaux est le plus souvent isolé.

Voici l'aspect habituel de la tumeur chez la femme au niveau de la grande lèvre, on constate une tumeur de forme variable : tantôt de *forme arrondie*, tantôt de *forme aplatie*. Le premier de ces deux types est le plus fréquent.

Dans ce premier type la tumeur est lisse ou lobulée, elle est pédiculée et, avec le temps, pend de plus en plus. Elle pend comme un pendule. Sur elle la peau est normale ou pigmentée, quelquefois sillonnée de veines bleuâtres ; elle est tantôt lisse, tantôt ridée ; rugueuse. On y trouve des poils, mais vu la distension de la région ils sont très espacés. Les orifices des follicules sébacés sont souvent élargis, et la peau grasse ressemble à une passoire.

La palpation démontre que cette masse est molle, fluctuante même. Dans la forme aplatie on est en présence de ce que certains auteurs appellent dermatolysis.

Valentine Mott a vu une de ces tumeurs aller de l'oreille à l'ombilic. Nélaton rapporte un fait dans lequel la tumeur avait absolument l'aspect d'un manteau vénitien qui de la nuque descendait en arrière jusqu'au sacrum et en avant jusqu'à l'épigastre. Nous rappellerons aussi le fait célèbre d'Eléonore Fitzgerald, femme vue par J. Bell.

Dans certains cas de molluscum de la grande lèvre, le volume peut devenir monstrueux ; la tumeur est alors presque toujours pédiculée. Le pédicule est aplati généralement et inséré sur la grande lèvre dont il peut occuper toute la hauteur, dont il semble le prolongement ; sa face externe se continue sans ligne de démarcation avec la face externe de la grande lèvre. Le corps de la tumeur n'a pas toujours le

même aspect, il se rapporte aux deux types (*forme arrondie et forme aplatie*), il peut être lisse ou lobulé dans chacun de ces types; prenant alors un aspect feuillu, ou en grappes de raisin. Entre ces saillies, au fond des plicatures qui les séparent on voit souvent des érosions, des ulcérations mêmes qui laissent écouler un liquide séreux dont la fétidité peut être insupportable.

L'évolution est généralement lente, le molluscum échappe souvent par son petit volume à l'attention des malades, il peut rester très longtemps stationnaire puis sous une influence congestive doubler de volume. On n'a jamais observé de travail régressif sur ces tumeurs.

Par suite du tiraillement dépendant du poids de la tumeur, la circulation peut être interrompue dans le pédicule, il se gangrénise alors. Hardy a vu quelques exemples de cet accident entraînant la chute du molluscum.

Le Diagnostic est facile. — Nous allons cependant énumérer les différentes tumeurs qui pourraient être confondues avec le molluscum simplèx de la grande lèvre.

1° *Eléphantiasis*. — Affection plus rare chez la femme que chez l'homme, se voit surtout dans les pays chauds, coexiste le plus souvent avec des lésions analogues du membre inférieur, envahit toute la grande lèvre, n'est pas pédiculée, manque de limites précises.

2° *Esthiomène*. — Se caractérise par une induration œdémateuse de la région vulvaire qui est semée de tubercules à ulcérations très lentes, ces ulcérations se font en surface, non dans les plicatures, leur fond est livide et fongueux.

3° *Végétations*. — Elles seront reconnues à leur petite dimension, à leur nombre, à leur dissémination, elles coexis-

tent souvent avec la blennorrhagie et la syphilis, leur aspect en chou-fleur et en crête de coq est caractéristique d'ailleurs.

4° *Angiomes*. — Un angiome sous-cutané qui se serait vidé et flétri pourrait donner l'apparence d'un molluscum, mais le volume de l'angiome ne dépasse pas souvent celui d'une noix, ainsi que l'a noté M. Monod. L'angiome a d'ailleurs un caractère particulier, c'est l'hyperesthésie.

5° *Epithélioma*. — La tumeur n'est pas pédiculée, l'ulcération est rapide, l'adénite considérable. Cette rapidité dans l'évolution permettrait également de diagnostiquer le sarcome cutané de la grande lèvre, mais nous n'en avons trouvé aucun cas.

Nous n'avons voulu qu'insister sur le diagnostic du molluscum pendulum de la grande lèvre qui fait l'objet de cette étude. Il nous a paru inutile de rentrer à ce point de vue dans de plus amples détails et de prendre le molluscum dans toutes ses variétés.

Rappelons cependant qu'il ne faudra pas se tromper à une hypertrophie clitoridienne qui peut simuler, comme dans le cas rapporté par M. le professeur Lannelongue (1), un molluscum pendulum de la grande lèvre.

1. Lannelongue. Société de chir. *Hypertrophie du clitoris* p. 100.

PRONOSTIC

Au point de vue du pronostic du *molluscum pendulum*, on conçoit qu'il est gênant par son siège et par le développement qu'il peut acquérir.

Par son siège : ici se place une question intéressante de médecine légale que l'on pourrait soulever, ce qui déjà a été fait d'ailleurs et justifie le sous titre de notre travail. Le *molluscum pendulum* de la grande lèvre chez la femme peut simuler mais d'une façon très grossière l'existence d'une verge, mais il n'y a pas à discuter le diagnostic de l'hermaphrodisisme en l'espèce, puisque rien autre n'est modifié dans les organes génitaux. C'est simplement une question de morphologie.

Le *molluscum pendulum* peut encore gêner au point de vue de l'accomplissement de certaines fonctions physiologiques, les rendre même impossibles, ainsi nous rappellerons le cas de Mordzejewski qui a observé un *molluscum* siégeant à la plante du pied. Cette gêne augmentera avec le développement de la tumeur.

Chez un malade de Marcacci le poids du néoplasme a luxé l'articulation sterno-claviculaire.

Pour les *molluscum* de la grande lèvre, Marfan et Budin signalent les congestions pendant les règles et pendant la grossesse. Les frottements répétés produisent des ulcérations qui ont souvent donné lieu à des *hémorrhagies* graves ; les

inflammations y sont fréquentes, la culture microbienne facile, il y a même parfois des adénites de voisinage. Ce qu'il faut surtout noter c'est l'hyperproduction de cellules embryonnaires dans ces réactions inflammatoires, elle a été telle dans un cas rapporté par Lagrange et Duret (déjà signalé) que ces auteurs ont pu croire à une dégénérescence sarcomateuse.

Cette dégénérescence a déjà été constatée et vérifiée plusieurs fois. Verneuil dans les *Comptes-rendus des séances et mémoires de la Société de biologie* rapporte quelques cas dans l'année 1854-55 et émet l'idée de la possibilité d'une évolution sarcomateuse.

M. Wagner et Malassez l'ont constaté dans le molluscum solitaire et Westphalen dans un molluscum multiple, Chambard l'a étudié sur une pièce de Trélat (déjà cité). Lerefait reprend ce point spécial dans sa thèse. En somme, c'est une complication rare, mais sa possibilité assombrit le pronostic qui sans cela serait bénin, ne dépendrait avant tout que du volume de la tumeur, et des difficultés opératoires qui en résultent. Nous ne connaissons pas de cas de récurrence après l'ablation.

Signalons à titre de complication rare le vaginisme. Gillette a rapporté l'histoire d'une femme offrant un énorme molluscum pendulum du volume d'une grosse poire et chez laquelle les rapprochements sexuels étaient très douloureux, impossibles même. L'introduction de l'index arrachait des cris de douleur à la malade. Le vaginisme s'était développé à la suite d'une grossesse.

TRAITEMENT

Le seul traitement du molluscum pendulum de la grande lèvre est l'ablation.

Grâce aux méthodes modernes antiseptiques, cette ablation, quel que soit le volume de la tumeur, peut facilement et sans danger être faite rapidement.

Nous devons cependant rappeler, car ils peuvent rendre service en diverses circonstances, un certain nombre de procédés qui permettent l'ablation de ces tumeurs sans qu'on aie recours à une véritable opération. Nous avons déjà parlé de la gangrène du pédicule par tiraillement, sous l'influence du poids de la tumeur, gangrène dont le résultat est la chute spontanée du molluscum.

C'est par un procédé analogue que l'on arrive à enlever ces tumeurs par la ligature élastique.

On pourra dans certains cas employer l'écraseur linéaire de Chassagnac si la tumeur est bien sessile ; ce procédé met à l'abri des hémorragies mais a le désavantage de laisser du côté de la section sur les tissus sains des parties sphacélées qui sont un bon milieu de culture pour les microbes de la suppuration.

C'est le même reproche que nous ferons au galvano-cautère qui laisse une couche de tissu mortifié facilement contaminable.

Les injections interstitielles ont été très en honneur dans

ces derniers temps pour le traitement des tumeurs, il va sans dire qu'elles ne sauraient avoir une grande action dans le traitement du molluscum puisqu'il s'agit de tumeurs à évolution fibreuse et que ces injections ont pour but de faire naître dans les tissus un processus de sclérogenèse. Cependant la méthode préconisée par M. le professeur Lannelongue pourrait sans doute rendre de grands services au clinicien qui pour une raison ou pour une autre reculerait devant une opération. Mais alors il faudrait avoir affaire à une tumeur nettement pédiculisée et que les injections portent sur le pédicule, ce serait arriver par une voie détournée à la méthode de la compression par un lien élastique. Ce serait pour ainsi dire arrêter la circulation et par suite la nutrition de la tumeur.

L'ignipuncture, préconisée par M. le professeur Richet, agit d'une façon analogue, mais nécessite un appareil opératoire plus compliqué que celui des injections de M. le professeur Lannelongue, elle est d'ailleurs plus douloureuse et effraie le malade.

Nous rappelons pour mémoire l'électrolyse.

Nous savons que M. le Dr Apostoli a obtenu des résultats satisfaisants en apparence par l'emploi de l'électricité dans le traitement des fibromes de l'utérus. Ce traitement agirait surtout pendant l'époque de l'évolution cataméniale, or les molluscum semblent présenter un développement plus considérable à cette époque. Nous ne faisons là qu'un simple rapprochement sans vouloir en tirer aucune conclusion.

Comme traitement général on pourra employer à l'intérieur l'iodure de potassium dont le rôle encore inexpliqué

est souvent très manifeste dans l'évolution de certains neoplasmes.

On a dit que le molluscum pendulum pouvait entraîner l'apparition d'une cachexie parfois assez intense, qu'il favorisait l'apparition de la tuberculose ; sans insister davantage sur ce point nous dirons qu'il suffit de surveiller son malade, de relever ses forces, et d'avoir recours le plus tôt possible à l'intervention chirurgicale.

Pour nous résumer nous dirons que l'ablation pure et simple est le traitement d'élection des molluscum. Il faudra qu'elle soit faite avec toutes les rigueurs de l'antisepsie. Dans les cas de molluscum pendulum de la grande lèvre, il ne faudra pas oublier le voisinage dangereux du vagin, qui, ainsi qu'on l'a montré dernièrement, et M. le Dr Pozzi y insiste beaucoup dans son livre, est un excellent milieu de culture pour toute sorte de microbes.

Nous n'avons pas ici à insister sur le manuel opératoire qui d'ailleurs est fort simple. Au cas où l'on ne pourrait pratiquer cette opération nous conseillerions d'avoir recours à la méthode sclérogène de M. le professeur Lannelongue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Personnelle, recueillie dans le pavillon de M. Mauclore,
prosecteur.*

Il s'agit d'un sujet servant à la dissection dans un des pavillons de l'École pratique. Il paraissait âgé d'environ 35 à 40 ans.

En examinant les organes génitaux externes, on note que la petite et la grande lèvre du côté droit présentent une coloration vineuse très nette sans que cependant il existe des capillaires anormalement dilatés à la surface.

Le clitoris présente sa longueur normale et sa surface présente également une coloration rougeâtre.

Du côté gauche on trouve à l'extrémité supérieure de la grande lèvre une douzaine de petits molluscum parmi les poils de la région. Ils présentent une coloration vineuse et une consistance assez molle sans réductibilité ni diminution de volume à la pression.

Au-dessous entre le sillon de séparation de la grande et de la petite lèvre empiétant plutôt sur le premier de ces deux

replis et au milieu de sa hauteur on voit s'insérer une tumeur allongée présentant l'apparence d'une verge.

Figure I.



MOLLUSCUM PENDULUM (MAUCلاIRE)
Planche due à M. F. Monod.

Ce molluscum présente une longueur de 10 centimètres, une largeur de 3 centimètres, il est régulièrement arrondi et aussi gros à sa base qu'à son extrémité inférieure. La peau à sa surface est assez pigmentée mais non rougeâtre. A l'extrémité inférieure elle est un peu raccornie comme le gland des circoncis.

A la palpation la tumeur est molle, non réductible, et la consistance est la même sur toute la hauteur de la tumeur.

L'état du sujet était trop avancé pour songer à faire des injections dans les artères de la région, afin de voir si cette pseudo-verge était susceptible d'érection, mais à la coupe faite au milieu de la tumeur on trouve de nombreux vaisseaux gorgés de sang.

Pas d'autres tumeurs sur le reste du corps du sujet.

Examen histologique de la pièce de M. Mauclaire.

1° *Coupe au niveau du pédicule.* — L'épiderme présente ses couches normales, notablement amincies, la couche cornée est grêle, il existe un certain nombre de bulbes pileux, les papilles sont bien développées, on rencontre aussi un grand nombre de glandes sudoripares normales et quelques-unes qui présentent une altération de leurs culs-de-sac, ceux-ci sont à peu près complètement remplis par les cellules épithéliales proliférées, ils sont distendus et ont l'aspect de petits adénomes sudoripares, les glandes sébacées ne se rencontrent qu'au voisinage des follicules pileux.

La trame de la tumeur est constituée par du tissu fibreux très riche en éléments élastiques. Sur les coupes faites suivant l'axe de la tumeur toutes les fibres sont parallèles et allongées dans le sens de cet axe. Au milieu du pédicule les faisceaux conjonctifs présentent entre leurs fibres des traînées assez développées de cellules adipeuses.

Il est à remarquer que ces cellules sont ici disposées en traînées grêles et allongées comme nous venons de le dire et non en lobules adipeux; tout le tissu fibreux est parsemé de longs faisceaux de fibres musculaires lisses qui sont plus abondants et plus grêles au niveau du derme ou du moins de la couche fibreuse qui le représente.

2° *Coupe à l'extrémité de la tumeur.* — L'épiderme présente des couches inférieures très pigmentées, le plan papillaire du derme est infiltré par places de cellules embryonnaires, il présente des lymphatiques ectasiés; on ne rencontre ni poils, ni glandes sudoripares, ni glandes sébacées.

Le tissu dermique s'est profondément modifié et il ne se distingue plus du plan papillaire ni des couches profondes, toutes ces couches sont constituées par du tissu feutré dont l'apparence est celle du tissu conjonctif lâche, et, par places du tissu muqueux tel qu'on le voit dans les polypes des fosses nasales. Il présente de grandes cellules étoilées dont un assez grand nombre sont pigmentées au voisinage de la couche pigmentée, également des cellules génératrices du corps de Malpighi. Pourtant la trame de la tumeur n'est pas uniforme et l'on distingue au milieu du tissu conjonctif lâche des faisceaux fibreux assez nombreux. Ils ne contiennent pas de fibres lisses et sont tous groupés autour d'artérioles ou de veinules. Les artérioles présentent une sclérose considérable de leurs parois, les veinules sont énormément dilatées, il en est de même de tous les capillaires sanguins et lymphatiques. Mais on ne rencontre nulle part de vaisseaux érectiles proprement dits. Les lymphatiques sont surtout développés au-dessous de l'épithélium où ils forment des séries de grandes cavités alternant avec des plaques fibreuses irrégulières.

3° *Coupe au milieu de la tumeur.* — En ce point la surface de la tumeur est extrêmement irrégulière et découpée, les papilles sont extrêmement nombreuses et presque aussi développées que dans un papillome, l'épiderme est toujours pigmenté dans sa couche profonde, le derme encore reconnaissable est très large et presque exclusivement fibreux ; il ne contient à peu près plus de fibres musculaires lisses, en revanche le système pileux est très développé, les bulbes pileux sont volumineux comme ceux du mont de Vénus, les glandes sébacées qui lui sont annexées sont au contraire

petites, les glandes sudoripares font défaut ; enfin le derme épais est élargi, doublé par des pelotons développés de tissu adipeux.

En résumé, l'épiderme présente très peu de modifications, de même que ses annexes, à part l'adénome sudoripare que nous avons mentionné ; le derme et l'hypoderme en présentent au contraire beaucoup qu'il faut envisager dans les différents plans qui constituent l'ensemble de la peau si l'on veut s'en faire une idée précise.

1° *Le plan papillaire* est très diminué au niveau du pédicule de la tumeur, il est au contraire largement développé dans les portions presque papillomateuses qui constituent la partie moyenne. Enfin à l'extrémité de la tumeur il est surtout occupé par de grandes dilatations vasculaires et surtout lymphatiques.

2° *Le derme* composé de tissu fibreux épais et dont les limites sont mal définies contient à la partie supérieure de la tumeur des fibres lisses extrêmement abondantes, elles manquent à la partie moyenne et dans la partie inférieure, le derme n'est plus fibreux mais lâche, formé de faisceaux feutrés et présentant des artères scléreuses et des veines énormément dilatées.

3° *L'hypoderme* qui constitue le centre de la tumeur est formé comme partout par du tissu adipeux, qui ne présente pas de grandes modifications.

Etant donné que la pièce provenait de l'école pratique, il était impossible de faire des recherches bactériologiques.

Je rapproche de mon observation celle que M. Challand a publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique* et dont l'histologie a été faite par M. Malassez.

OBSERVATION II

Molluscum pendulum de la grande lèvre gauche (Fibromyome).

Une jeune dame d'environ 25 ans de la clientèle de M. Trélat, bien constituée, de bonne santé, n'ayant jamais eu la moindre affection vénérienne, s'est aperçue il y a deux ans d'un petit bouton à la partie supérieure et externe de la grande lèvre gauche. Resté pendant longtemps stationnaire, ce bouton a pris dans ces derniers temps un développement assez rapide, et quoiqu'il soit indolore et peu gênant, la malade désire en être débarrassée.

L'opération est faite à l'aide de l'écraseur, il s'écoule un peu de sang.

La tumeur a la forme d'un ovoïde très allongé et un peu aplati, elle présente à sa plus petite extrémité une petite plaie de 3 à 4 millimètres de diamètre, à la surface de laquelle on reconnaît des vaisseaux sectionnés, c'était par là que la tumeur s'implantait sur la grande lèvre.

Elle mesure 5 centimètres de long, 2 de large à sa partie moyenne, 1 et demi d'épaisseur au même niveau.

La surface est vidée, on y remarque quelques poils rares et volumineux, mais seulement à la partie supérieure de la tumeur. La couleur est d'un brun assez foncé. Au toucher elle est molle, flasque, et donne quand on la presse entre les doigts la sensation d'une poche vide. A la partie supérieure on sent, à l'intérieur de la tumeur, un petit corps allongé et dur dont nous connaissons plus loin la nature.

Un phénomène curieux que présentait la tumeur *trois ou qua-*

tre heures encore après avoir été enlevée, c'était lorsqu'on l'excitait des contractions lentes et vermiculaires analogues à celles du scrotum. Du reste, en raison de ce fait, ainsi que des autres caractères qu'elle offrait à la vue et au toucher, ne peut-on mieux comparer la tumeur qu'à un scrotum vide de testicule.

A la coupe on s'assure facilement qu'il n'existe aucune cavité ni trace de cavité intérieure, la tumeur est constituée par un tissu d'apparence fibreuse, plus dense à la périphérie, plus lâche dans les parties centrales. Il s'écoule de la coupe un peu de sérosité claire et une petite quantité de sang ; on remarque en effet un assez grand nombre de coupes vasculaires, surtout à la partie inférieure de la tumeur où les vaisseaux sont là plus nombreux et plus développés. Il n'a pu être demandé si la tumeur se congestionnait et si elle avait des apparences d'érection.

Quant au petit corps dur, révélé par le toucher, il est constitué par trois follicules pileux, accolés les uns aux autres et formant par leur réunion un petit cylindre de plus de 5 millimètres de long sur 1 centimètre $1/2$ de large : par une de ses extrémités il adhère à la peau qui ne présente pas d'ouverture à ce niveau, mais seulement une petite dépression ; par l'autre il est libre.

A l'intérieur de la tumeur les poils de l'extrémité supérieure ainsi que *leurs follicules sont hypertrophiés*, on en voit plusieurs accolés 2 à 2.

Au microscope (examen fait par M. Malassez) sur une coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur, on trouve en allant de dehors en dedans :

Tout d'abord une couche épidermique mesurant de 1 à 2 dixièmes de millimètre. Quelques cellules épithéliales de la couche muqueuse sont devenues vésiculeuses, et celles qui occupent la partie profonde de cette couche sont chargées de granulations pigmentaires.

Au-dessous de cette couche épidermique se trouve un tissu

analogue à celui du derme, présentant à sa partie supérieure des papilles de 50 μ de hauteur et se continuant par sa partie inférieure avec le reste de la tumeur dont la structure est la même. Il est formé de faisceaux de fibrilles conjonctives plus volumineuses dans les parties profondes que dans les parties superficielles, mais partout extrêmement ondulées.

Entre et autour de ces faisceaux, rampent un grand nombre de fibres élastiques, tantôt irrégulièrement disséminées, tantôt disposées plus ou moins parallèlement les unes par rapport aux autres.

Quand on fait agir l'acide acétique, on voit apparaître les cellules conjonctives, elles sont d'apparence normale, en certains points, principalement autour des vaisseaux et à la partie inférieure; elles sont plus nombreuses, plus petites, se rapprochant comme aspect des cellules embryonnaires; il y a évidemment là un travail d'hyperplasie.

Mais il existe des faisceaux de fibres musculaires lisses, ces faisceaux sont peu nombreux et ne se trouvent qu'à une certaine distance de la surface de la tumeur, au-dessous de ce qu'on pourrait appeler le derme, soit au niveau des follicules, soit au voisinage de grosses veines.

Je n'ai pas rencontré de fibres lisses disséminées.

Les vaisseaux capillaires sont assez abondants; sur une coupe heureuse, j'en ai vu un de 20 μ de diamètre se jeter directement dans une veine de 0,1 de millimètre.

Les veines sont surtout abondantes à la partie inférieure de la tumeur, elles siègent au-dessous du derme.

Les *follicules pileux* sont *hypertrophiés* ainsi que les poils arrêtés dans les follicules; les glandes sébacées sont au contraire peu développées; je n'ai pas trouvé de glandes sudoripares.

Quel nom donner à cette tumeur?

Ce qui prédomine est évidemment le tissu fibreux, mais ce qui

lui donne son cachet tout particulier, ce sont les faisceaux de fibres musculaires lisses ; il y a bien dans les parties supérieures de la tumeur hypertrophiée des poils et des follicules pileux, et dans les parties inférieures un développement vasculaire assez considérable, mais ce sont dans l'espèce des faits moins importants. Ainsi nous pensons que la tumeur doit être dite un *fibromyome*.

OBSERVATION III (personnelle).

Examen histologique d'une pièce communiquée par M. le Dr Pillet.

La pièce en question a été recueillie à l'hospice d'Ivry, il s'agissait d'un molluscum assez volumineux, à surface violacée, s'insérant chez une vieille femme à la partie inférieure du pli de l'aîne et en partie sur la grande lèvre. Elle était du volume d'une grosse noix. Sur une coupe le centre de la tumeur se montre constitué en grande partie par du tissu fibreux à faisceaux épais disposés en tourbillons parmi lesquels on rencontre des paquets abondants de fibres musculaires lisses très volumineuses.

Les faisceaux fibreux et les faisceaux musculaires sont à peu près répartis également, mais au centre des nappes musculaires on rencontre des artérioles à parois extrêmement épaisses et de très grandes dilatations lymphatiques qui formaient une série de petits kystes allongés sur la section de la pièce fraîche.

Le plan papillaire du derme présente des aspects très irréguliers suivant les points de la surface que l'on envisage. Tantôt il est extrêmement réduit et le tissu fibreux qui constitue la masse de la tumeur se trouve à peu près au contact de l'épiderme, tantôt les papilles sont très développées et richement vascularisées, les

différentes couches de l'épiderme sont normales, la couche génératrice présente des cellules chargées de pigment noir, le stratum granulosum et le stratum lucidum sont parfaitement reconnaissables ; la couche cornée présente une épaisseur considérable.

En résumé, ce molluscum est composé surtout de tissu fibreux et de fibres musculaires lisses émanées probablement du sac dartoïque de la grande lèvre. Il est remarquable en outre par ses dilations lymphatiques dont quelques-unes sont considérables. La richesse de cette tumeur en fibres musculaires s'explique par ce fait qu'il s'est développé dans une région qui en contient normalement un grand nombre.

OBSERVATION IV

*Molluscum simplex de la grande lèvre, par M. A. Marfan,
interne des hôpitaux.*

Une jeune fille de 21 ans, d'une santé parfaite, ayant un développement intellectuel et physique normal, entre le 14 octobre dans le service de M. Théophile Auger à l'hôpital Cochin (salle Cochin, n° 24).

C'est depuis 5 ans seulement qu'elle s'est aperçue de son affection : elle constata alors une petite grosseur à la grande lèvre gauche. Elle se garda bien d'en parler, mais cette grosseur ne fit que croître jusqu'à l'époque actuelle, où, effrayée de ses dimensions, la jeune fille s'en ouvrit à un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

L'interrogatoire de la malade à son entrée à l'hôpital nous apprend que personne dans sa famille n'a été atteint d'une affection semblable, soit aux organes génitaux externes, soit dans une autre région.

La tumeur a eu une marche particulièrement rapide surtout depuis 18 mois. Un seul incident a troublé son évolution : il y a trois semaines sous l'influence du frottement, dit la malade, la tumeur s'est percée et a donné lieu à un écoulement de sang très abondant. Puis l'écoulement s'est arrêté et la malade prétend que depuis la tumeur a diminué.

L'examen des signes physiques nous donne les résultats suivants. Il s'agit d'une tumeur pédiculée dont le pédicule s'insère à la grande lèvre du côté gauche, et le fait de la pédiculisation nous oblige à décrire le corps de la tumeur et le pédicule.

L'insertion de ce pédicule est linéaire et comprend toute l'étendue de la grande lèvre ; il a une face interne et une face externe qui se continuent sans ligne de démarcation avec la face interne et externe de la grande lèvre. Sa longueur est d'environ un centimètre ; mais je dois dire que lorsqu'on tirait sur la tumeur le pédicule s'allongeait et pouvait acquérir une longueur de 2 centimètres, l'épaisseur du pédicule est d'environ un demi-centimètre.

Les caractères extérieurs du pédicule sont exactement ceux de la grande lèvre elle-même. Le corps de la tumeur qui est supporté par ce pédicule est à peu près gros comme le poing. Il est constitué par un certain nombre de lobules, les uns qu'on peut appeler primitifs et assez gros ; les autres qu'on peut appeler secondaires, plus petits et s'insérant sur les lobules primitifs ; d'autres enfin qu'on pourrait appeler tertiaires qui s'insèrent sur les secondaires et qui sont les plus petits en volume. Cette disposition donne à la tumeur un aspect feuillu qui est tout à fait spécial et qui peut la faire comparer à une grappe. Les lobules qui composent la tumeur, grands, moyens ou petits, se présentent avec les caractères suivants :

Figure II.



MOLLUSCUM SIMPLEX

L'épiderme qui les recouvre est normal et possède la pigmentation des organes génitaux externes. Entre deux saillies, cependant, on trouve une petite érosion suintante qui doit correspondre au point par où s'est faite l'hémorrhagie notée plus haut. Les téguments qui recouvrent les saillies sont ridés et couverts de quelques poils dont les caractères et l'implantation les font ressembler à ceux du scrotum.

Quand on saisit un des lobules de la tumeur entre les doigts, on éprouve la sensation d'une poche membraneuse flasque et ridée, on peut leur appliquer, soit la comparaison de Bazin d'après laquelle ils ressembleraient à des grains de raisin dont on aurait retiré les pépins, soit à l'expression de Rokitansky qui les définit des expansions sacciformes du derme. On peut encore les comparer comme aspect à des hémorroïdes flétries désignées quelquefois sous le nom de marisques. Nous avons voulu examiner les organes génitaux internes ; mais nous avons trouvé un hymen absolument intact ; la jeune fille nous dit du reste qu'elle est très bien réglée.

La tumeur a été enlevée le 17 octobre, le pédicule a été sectionné avec le bistouri et les deux lèvres de la plaie ont été rapprochées avec des serre-fines. Huit jours après la malade sort parfaitement guérie, une cicatrice linéaire occupe la hauteur de la grande lèvre et est fort peu apparente.

L'opération nous a montré combien la tumeur devait être peu vasculaire : sauf deux artérioles situées dans le pédicule et qui apportent à la tumeur ses éléments nutritifs l'écoulement du sang a été presque nul. Après l'opération une des saillies de la tumeur a été ouverte, et on peut s'assurer en effet que le nombre des vaisseaux est minime, on peut voir alors que le tissu qui forme la tumeur est un tissu fibreux, homogène, blanc, mou, un peu plus dense vers le pédicule que dans les parties périphériques de la tumeur. En outre, on peut voir quelques bulbes pileux très développés s'enfoncer dans l'épaisseur de ce tissu fibreux. La coupe de la tumeur n'a donné lieu qu'à un écoulement de liquide séreux.

L'examen histologique qui a été pratiqué a donné les résultats suivants : Une coupe de la tumeur colorée au carmin et traitée par l'acide acétique a montré des faisceaux de tissu conjonctif nombreux, avec quelques fibres élastiques. Par places la tumeur est au contraire presque complètement formée par des cellules aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres.

Sur une coupe qui partait de la surface de la tumeur on a pu s'assurer que les couches épidermiques étaient saines. En résumé la tumeur est formée par du tissu fibreux, soit à l'état adulte, soit à l'état naissant (*Soc. Anatomiq.*, 1882).

OBSERVATION V

R. W. Taylor, Revue de dermatologie, 1889.

Ellen B..., âgée de 47 ans, entrée à Charity hospital le 22 septembre 1886, a été mordue dans une querelle, par son mari, sur l'épaule gauche, vers le bord externe et supérieur de l'omoplate. Les deux plaies étaient distantes d'un pouce environ et étaient situées l'une au-dessous de l'autre, elles saignèrent un peu, mais ne furent pas douloureuses. En peu de temps, peut-être en 1 ou 2 mois, une tumeur arrondie, du volume d'un pois, parut au niveau de la blessure supérieure. Elle grandit peu à peu et fut bientôt suivie par une seconde tumeur, absolument semblable, au niveau de la blessure inférieure. Au bout d'un an, elles avaient atteint le volume d'un grain de raisin. Tout autour et au delà de ces tumeurs, la peau devint lentement dure et épaisse, et, au bout de 10 ans, la néoplasie avait atteint les dimensions qu'elle a à l'heure actuelle. Depuis lors elle n'a pas subi de modifications; elle ne s'est jamais accompagnée de douleurs ni de troubles de la sensibilité. La malade n'a pas de cancéreux dans sa famille, sa santé a toujours été bonne, et depuis qu'elle a été mordue, les parties atteintes n'ont été soumises à aucune pression, à aucun traumatisme, à aucune irritation, elle a eu des chancres simples mais jamais de syphilis.

Voici quel était l'état de la lésion lors de son entrée à l'hôpital.

Près de l'extrémité externe de l'épine de l'omoplate se voient deux tumeurs pédiculées, ayant tous les caractères du molluscum fibrosum parvenu à son complet développement. Tout autour d'elles, s'avancant vers la ligne médiane d'une part, et d'autre

part, s'étendant un peu suivant la ligne oblique des côtes, se voit une plaque de peau malade d'environ 2 pouces et demi de large sur 4 pouces de long. Elle présente une consistance dure et ferme au toucher, comme si les téguments étaient très épaissis et condensés. En pinçant les parties malades, on voit que l'infiltration ne s'étend pas profondément dans la couche de tissu connectif sous-cutané, car elles cèdent sous la pression, mais elles sont aussi indurées que dans la kéloïde : elles ne sont douloureuses ni spontanément ni lorsqu'on les manie. Leur surface est sillonnée, un peu inégale, comme si l'infiltration des téguments avait déterminé des ondulations. La couleur est presque partout normale, sauf sur les saillies les plus marquées où la teinte est légèrement rosée. Une parcelle du tissu morbide est incisée et examinée au microscope par le Dr Péabody qui trouve tout le derme infiltré de tissu fibreux ayant les mêmes caractères que celui qui existe dans les tumeurs les plus vieilles et les plus indurées du molluscum fibrosum. Il y avait un grand excès de fibres de tissu connectif et une très petite quantité de jeunes cellules. Les papilles et les glandes de la peau étaient normales. Le microscope, ajoute le Dr Taylor, confirma donc le diagnostic que j'avais porté de tumeurs de molluscum fibrosum avec infiltration périphérique de tissu fibreux dans le territoire cutané voisin.

OBSERVATION VI

*Fibro-myxome de la grande lèvre gauche. Ablation : par
A. Demoulin, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la
Faculté.*

La malade qui fait le sujet de cette communication, H... August-

tine, est âgée de 59 ans. Grande, d'une constitution robuste. Elle exerce la profession de couturière.

Elle entre à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Verneuil (salle Lisfranc, lit n. 10) le 4 janvier 1887.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 40 ans de phthisie pulmonaire, père à 52 ans (cause inconnue). Deux frères, une sœur, tous morts en bas-âge (point de renseignements sur la cause de leur mort).

Antécédents personnels. — Variole à 17 ans. Régée à 12 ans. Mariée à 18 ans. A eu 6 enfants, le premier à l'âge de 19 ans, le dernier à 32 ans. Trois de ces enfants vivent et sont bien portants. Des trois autres l'un est mort de croup, les deux autres de bronchite, tous ont succombé vers l'âge de 3 ans.

Etat actuel. — La malade est bien portante, l'examen des viscères pratiqué avec soin ne révèle aucune lésion. Les urines sont normales.

Pas de traces de syphilis ni de scrofule.

H... Augustine raconte que la tumeur pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a 5 ans par une petite élevation siégeant sur la partie moyenne de la grande lèvre gauche. Cette tumeur a grossi progressivement mais lentement pendant les trois premières années, depuis deux ans son développement est beaucoup plus rapide.

Elle est développée dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche qui a complètement disparu ; la petite lèvre correspondante est encore reconnaissable sur la face de la tumeur qui regarde la vulve. La tumeur a un volume énorme, elle descend lorsque la malade est debout jusqu'au niveau du condyle interne du fémur gauche. Son diamètre vertical est de 34 centimètres et la circonférence dans la partie moyenne qui est la plus volumineuse mesure 66 centimètres. Elle a un pédicule, court, volumineux, mal limité, entouré par une peau flasque, amincie. La tumeur a une consistance

demi-molle, quelques points sont plus durs que le reste de la masse. Elle donne la sensation de fausse fluctuation de lipomes. La peau qui la recouvre est mince, distendue, glissant facilement sur les parties profondes, sillonnée de grosses veines.

Ganglions inguinaux sains. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement sur les connexions de la tumeur; le toucher rectal n'a pas été pratiqué.

Le 17 janvier, après les précautions en usage dans le service (purgatif la veille, bains), M. Jalaguier, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Verneuil, pratique l'ablation de la tumeur.

Chloroforme, incision de la peau autour du pédicule, qui est d'ailleurs très vasculaire. Cette incision commence en avant sur la partie latérale gauche du mont de Vénus, contourne le pédicule pour venir rejoindre son point de départ. Constriction du pédicule disséqué avec l'écraseur, section de la tumeur au-dessous. Le pédicule se prolonge fort loin dans les parties molles du périnée; il adhère fortement à la partie latérale gauche du vagin qu'il faut disséquer en plein tissu érectile. Ce prolongement séparé du vagin mène dans la fosse ischio-rectale absolument remplie et qu'il faut vider en disséquant le rectum. La masse se prolongeant dans le périnée adhère aussi et fortement à la tubérosité de l'ischion.

La malade a perdu peu de sang pendant l'opération. Suture de la plaie cutanée (crin de Florence) dans une étendue de 15 centimètres environ, depuis son point de départ au mont de Vénus jusqu'au niveau de la fosse ischio-rectale, qui est laissée largement ouverte. Pansement iodoformé. L'opération a duré une heure.

Bien que la malade n'ait absorbé que 60 grammes de chloroforme environ, le réveil est difficile. La malade est affaissée, dans l'hypothermie (35°). A 6 heures du soir seulement la température se relève (36°,5).

Les suites de l'opération sont des plus simples. Pas de douleurs, pas de fièvre.

La malade urine facilement. Le quatrième jour après l'opération elle est allée à la selle sans trop de souffrances. Ce même jour on remarque une petite eschare de la largeur d'une pièce de 2 francs à la partie inférieure de la suture. Cette eschare est tombée le 31 janvier, époque à laquelle nous quittons la malade. La plaie est belle, la réunion parfaite, la fosse ischio-rectale se comble rapidement.

En résumé, la malade est en pleine voie de guérison. Elle a eu vers le 25 janvier quelques troubles de la vue, un peu d'embarras de la parole, dont on n'a pu déterminer la cause. A cette même époque le pansement humide au sublimé a été substitué à l'iodoforme.

Examen de la tumeur. — La masse enlevée pèse 5 kilogrammes. Elle présente en certains points de gros faisceaux fibreux formant de larges mailles dans lesquelles se trouve une substance d'apparence gélatineuse tremblante, d'une coloration gris rougeâtre. Cette substance d'apparence gélatineuse compose du reste la plus grande partie de la tumeur.

La peau est saine mais amincie.

L'examen histologique pratiqué par M. Toupet, préparateur à la Faculté, a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myxome.

Deux points dans cette observation nous paraissent intéressants :

1° La nature de la tumeur (fibro-myxome) et son volume (5 kilogr.)

2° Les prolongements périnéaux de cette tumeur.

Ces prolongements périnéaux des tumeurs de la grande lèvre à peine signalés sont pourtant intéressants à connaître à

cause des difficultés opératoires auxquelles ils peuvent donner lieu.

Cela nous amène à rappeler le cas de M. le professeur Lannelongue qui en présence d'une tumeur relativement volumineuse, procède d'abord par l'ablation du clitoris, puis par des incisions répétées avec le thermo-cautère sur les parties voisines, c'est-à-dire les prolongements de la tumeur dans la grande lèvre.

A la séance du 8 février 1882, M. le professeur Lannelongue à l'occasion d'une discussion sur les molluscum au sujet de la tendance qu'ils ont à se transformer en tumeurs érectiles, dit :

« J'ai en ce moment dans mon service une petite fille qui a une hypertrophie du clitoris qui mesure environ 10 centimètres et a le volume du pouce, il y a aussi une hypertrophie d'une grande lèvre. J'ai enlevé le clitoris ; sur la grande lèvre, je fais des incisions avec le thermocautère pour en modifier la stature ; la malade est soumise à ce traitement depuis 18 mois et est à peu près guérie.

Je signale ce fait pour montrer qu'on peut guérir ces hypertrophies en amenant une modification du tissu.

CONCLUSIONS

1° Le molluscum pendulum peut se localiser sur la grande lèvre.

2° Son pronostic est bénin, les seuls accidents qu'il entraîne sont dus à son volume et à son siège.

3° Il peut simuler un cas d'hermaphrodisme par son développement et sa position spéciale.

4° Le traitement d'érection est l'ablation pure et simple.

5° Il ne se produit jamais de récidives.

6° La transformation cancéreuse est encore à l'étude, ainsi que la contagion de cette tumeur.

BIBLIOGRAPHIE

1820. **Bateman**. — Traité pratique des maladies de la peau.
Trad. Franc. Paris, page 325.
1820. **Astley-Cooper**. — Surgical Essays. London, T. II,
page 229.
1822. **Bietl**. — Dict. des sciences médicales. Paris: Art. Mollus-
cum.
1830. **Béclard**. — Note sur l'anatomie générale de Bichat et
de Blandin. T. IV, page 434.
1837. **Dick**. — Gaz. médic. de Paris, page 328.
1838. **Cazenave et Schedel**. — Abrégé pratique des mala-
dies de la peau. Paris, 5, 385.
1853. **Förster**. — Man. d'anat. path., traduct. de Kanlo, 2^e
édition, p. 487.
1854. **Verneuil**. — Soc. de biologie, note sur la structure du
molluscum fibreux, p. 417.
1856. **Verneuil**. — Soc. de biologie, p. 183.
1859. **Michel**. — Sur le microscope appliqué à l'anatomie
pathologique (in mémoire de l'académie de méd.) p. 371.
1863. **Hardy**. — Leçons sur les maladies de la peau, 2^e fasc.
Paris, p. 98.
1865. **Elert**. — Gaz. heddom., p. 428.
1867. **Virchow**. — Pathologie des tumeurs, trad. d'Aronssn,
Paris, T. I, p. 321.

1867. **Vanzetti**. — Bul. de la Société de chirurgie, 2^e Série, T. VIII, p. 429.
1868. **Gillot**. — Thèse de Paris, sur le mycosis fongoïde.
1869. **Baudot**. — Traité des affect. de la peau, p. 339-349-404.
1871. **Landouzi**. — Société anat. p.....
1872. **Desnos**. — Gaz. hebd. de Paris, p. 204.
1873. **Rindfleisch**. — Traité d'histol. path., traduc. de Groso, p. 320.
1874. **Domange**. — Thèse de Paris. Etude sur la lymphoadénie, p. 29.
1875. **Muray**. — Gaz. hebd. de Paris, p. 224.
1875. **Michel**. — Art. Molluscum du Dict. encycl. des sc. méd.
1877. **Cellard**. — Eléphantiasis de la vulve. Thèse de Paris.
1897. **Hardy**. — Dict. de Jaccoud. Art. Molluscum. T. 23, p. 2.
1880. **Besnier**. — Les dermato-fib. ann. de dermat. et syph., p. 206.
1881. **Modrezvesky**. — Gaz. hebd. de méd. et de chirurg., p. 508.
1882. **Marian**. — Molluscum simplex de la grande lèvre. Bull. de la Soc. anat., p. 446.
1882. **Lannelongue**. — Société de chir. Hypertrophie du clitoris, p. 100.
1883. **E. Boudet**. — Contribution à l'étude du fibrome molluscum. Thèse de Paris, n° 56.
1883. **Arnozan** et **Prioleau**. — Sur les dermato-fibromes congénitaux, Ann. de dermat. et syphil. p. 688.
1884. **Barry**. — Etude clinique sur le molluscum pendulum, Thèse de Paris, n° 134 (Traduit le mémoire de Recklinghausen).
1885. **Gillette**. — Bull. Soc. chirurgie, T. XI, p. 692.
1886. **Harly**. — Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, p. 121.

1887. **Kriege.** — Ueber das Verhalten der Lervenfäsun, etc.
Virchow's arch. T. CVIII, p. 466.
1887. **Dumoulin.** — Société anatomique, janv. 1887, page 28.
1888. **Pomorski.** — Ein Fall van Rankenneurom, etc. Vir-
chow's arch. T. CXI, p. 60.
1891. **Broca.** — Traité de chirurgie, 1^{er} volume, p. 619.
-

Vu par le Président de la thèse,
LANNELONGUE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

TABLE

I. — Introduction.....	7
II. — Historique.....	9
III. — Des molluscum en général.....	12
IV. — Etiologie.....	16
V. — Anatome pathologique.....	21
VI. — Symptômes, marche, diagnostic.....	25
VII. — Pronostic.....	29
VIII. — Traitement.....	31
IX. — Observations. Planches.....	34
X. — Conclusions.....	55
XI. — Bibliographie.....	55

